

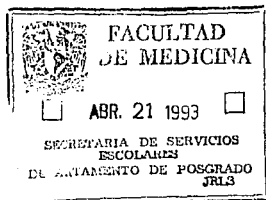
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226

16
2ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD



LA DINAMICA FAMILIAR EN UN GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS UTILIZACION DE DOS INSTRUMENTOS VALUATORIOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

DR. DANIEL GUADALUPE GONZALEZ NUNEZ

GENERACION 1990 -1993

MARZO L993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | |
|------|---------------------------|
| I | INTRODUCCION |
| II | ANTECEDENTES |
| | a) Generalidades |
| | b) Alcohòlismo |
| | c) Familia |
| | d) Dinàmica Familiar |
| | e) Funcionalidad Familiar |
| | f) Alcohòlicos Anònimos |
| III | JUSTIFICACION |
| IV | OBJETIVOS |
| V | DISENO EXPERIMENTAL |
| VI | RESULTADOS |
| VII | TABLAS |
| VIII | ANALISIS DE RESULTADOS |
| IX | CONCLUSIONES |
| X | BIBLIOGRAFIA |

I INTRODUCCION

El alcoholismo es una enfermedad que presentan tanto hombres como mujeres, caracterizada por problemas en la forma de beber. (17)

Estos hombres y mujeres, son integrantes de una familia en donde existen derechos y obligaciones en un aspecto legal, y una mezcla de sentimientos recíprocos establecidos por costumbres, creencias y educación.

Las familias que presentan en un miembro de la familia alguna alteración, ya sea de tipo conductual o de enfermedad, realizan cambios en sus roles o actividades para solucionar en conjunto, la ausencia o disminución de actividades de este integrante enfermo. En otras ocasiones, esta condición podría facilitar la desintegración familiar. (6)

Estos cambios son facilitados cuando en la familia existen recursos familiares conocidos como: aceptación, adaptación, comprensión, y satisfacción de necesidades. (11)

Cuando existen estos recursos en una familia se piensa que es funcional para, realizar las funciones elementales de una familia que son: socialización, cuidado, y afecto, y reproducción (11). La crisis que representa un miembro enfermo en una familia altera la dinámica familiar, pero no necesariamente la funcionalidad de la misma, ya que los cambios que pudiera tener esta familia podrían contribuir a la continuación de la misma funcionalidad preexistente a la presencia del enfermo, sin embargo, un enfermo alcohólico, representa una crisis familiar en la que la funcionalidad podría estar alterada, ya que estos enfermos despiertan en la familia, sentimientos de rencor, y de desinterés por su enfermedad, ya que en la mayoría de estos casos, estas personas abandonan la familia, aún viviendo bajo el mismo techo (17), dificultando así el adecuado reajuste de roles y actividades en los miembros de la familia para superar esta crisis. (6) Alcohólicos Anónimos, es una agrupación de personas con problemas en la forma de beber, la cual utiliza terapias grupales con relación de las experiencias de alcohólicos y de la forma en como han dejado de beber. (17)

Esta agrupación también tiene orientación a las familias de alcohólicos en tratamiento o de otros que aún no estén convencidos de su enfermedad integrando con esto a las familias con sus enfermos y viceversa (17).

Este estudio se realizó para conocer la estructura y la forma de organizarse de estas familias, conociendo su dinámica familiar y en alguna forma valorando su funcionalidad como familia, para que, con esto, pensar en un futuro, en la mayor importancia de un tratamiento familiar como ayuda en el tratamiento multidisciplinario de un alcohólico y evitar con esto el alto índice de reincidencias en el alcoholismo.

II ANTECEDENTES

ASPECTOS GENERALES : La palabra alcohol, de origen arábigo, significa lo sutil, y se aplicaba al polvo finísimo con que se pintaban las ojeras las mujeres orientales y españolas en los tiempos remotos. Como el alcohol se vaporiza fácilmente se le llamó espíritu ligero. (1)

ALCOHOLISMO

Del alcoholismo, pero conocido ancestralmente con la palabra embriaguez, se ha mencionado en publicaciones y escritos más variados. Desde la mención en la Biblia, en donde se relata del zumo de uvas fermentado al hablar de la embriaguez de Noé en la que se relata que Noé araba un día y fue tentado por el demonio, quien le preguntó por lo que hacía. Noé contestó: estoy plantando un viñedo. Cuando la fruta esté madura, las uvas, son excelentes para comer frescas o secas y cuando se les exprime, los jugos se vuelven vino que calienta el cuerpo y el espíritu. El diablo le sugirió que fuesen socios del viñedo, y Noé aceptó e inmediatamente el demonio sacrificó un cordero, un león, un mono y un cerdo, para que la sangre de cada uno de ellos fecundará las raíces de las vides. (sic)

Esto se ha interpretado como que: el hombre en sus cinco sentidos es como un cordero manso e inofensivo. Después que comienza a beber, se siente como un león, orgulloso y seguro de sus fuerzas. Si toma más, comienza a hablar desordenadamente, a escabullirse y a comportarse como un mono tonto. Si bebe más aún, cae al suelo y se revuelve en alimento, bebida y porquería como un cerdo. (sic)

Así mismo se han realizado los más diversos estudios científicos acerca del alcoholismo, en todas las áreas de investigación, existiendo estudios médicos, sociológicos, económicos y legales, resultando con esto, diversas definiciones del alcoholismo, así como su clasificación, tratamiento, rehabilitación y manejo de complicaciones.

DEFINICION

En este estudio se pensó que de las definiciones investigadas, la propuesta por el Dr. Caso (1984), Médico psiquiatra, engloba todos los aspectos de interés para este estudio y que establece los siguientes criterios. (1)

Es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol, en tal cantidad, que va en detrimento o daño de su salud o de sus funciones sociales y en donde la ingesta de alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento normal.

Alcohólico, es cualquier persona que ingiere alcohol durante periodos y en cantidades suficientes para disminuir su eficacia, interferir en su trabajo, lugar en la sociedad y ajuste económico. (1)

Esta definición nos permite abarcar los aspectos que más se afectan en el universo de un alcohólico, sin embargo, esta definición, la podríamos ampliar más aún con conocimientos de familia, de la siguiente forma: El alcoholismo es, además de una enfermedad conocida como problemas en la forma de beber, es también el síntoma presentado por un integrante de una familia en la que existen alteraciones de las interrelaciones entre los subsistemas internos, alterando con esto, la relación de la familia con el mundo exterior, llevando con esto, al enfermo a un círculo vicioso de alcoholismo y rechazo social. (6)

Si resumimos los conocimientos antes descritos llegaríamos a la siguiente definición:

Alcoholismo es un estado patológico en el cual la persona consume alcohol en cantidades y periodos suficientes para provocarle alteraciones en su salud, disminuir su eficacia, interferir con su trabajo, lugar en la sociedad, ajuste económico, y representa un síntoma de crisis familiar.

CLASIFICACION:

La Organización Mundial de la Salud, distingue tres tipos de alcoholismo:

- 1.- Exceso alcohólico episódico.
- 2.- Excesos alcohólicos habituales.
- 3.- Adicción al alcohol.

1.- EXCESO ALCOHOLICO EPISODICO: Este tipo consiste en intoxicaciones, provocadas por consumo excesivo de alcohol, y que se presenta con una frecuencia de cuatro a doce veces al año.

Se debe considerar como intoxicación alcohólica a un estado en el que el individuo presenta charla incoherente o balbuciente, confusión mental y una progresiva incoordinación de movimientos (ataxia), presentando además o no síntomas como taquicardia, hipertension, etc..(1)

2.- EXCESOS ALCOHOLICOS HABITUALES : Se caracteriza este tipo de alcoholismo por el consumo sistemático de cantidades excesivas de alcohol más de doce veces al año ; en otras ocasiones se trata de enfermos que se les puede identificar bajo la influencia del alcohol más de una vez a la semana.

3.- ADICCION AL ALCOHOL : Este tipo de alcoholismo también ha sido llamado alcoholismo crónico, dependencia al alcohol y dipsomania. Puede decirse que hay adicción al alcohol cuando la ingestión de éste, en grandes cantidades se sostiene durante tres meses o más; otra manifestación de adicción es que el cesar la ingestión de alcohol, se presentan síntomas que pueden ser graves. Se han descrito los siguientes: Temblor, debilidad, diaforésis, náuseas, vómito, diarrea, hiperreflexia, fiebre, hipertensión arterial, insomnio, crisis convulsivas, alucinaciones y delirium tremens. La intensidad de los síntomas depende del grado de intoxicación y su duración. En éstos enfermos existe una dependencia al alcohol tanto física, como emocional; además presentan el fenómeno de tolerancia, por lo que el consumo del alcohol es cada vez mayor para llegar a la intoxicación, presentando por el uso crónico del alcohol, un aumento de la capacidad para metabolizar éste. (1,2).

Esta es una de las muchas clasificaciones que existen respecto al alcoholismo, existen además las de tipo legal que se traducen en grados de intoxicación alcohólica y que permiten valorar de una manera subjetiva el estado de conciencia en que se encontraba un individuo en la ejecución de un delito agravando ó no su situación legal. (19). También existen clasificaciones médicas más específicas, en las que se mencionan las alteraciones orgánicas producidas por la ingesta de alcohol, que van desde las más mínimas, hasta las complicaciones ó secuelas por un período corto ó largo de tiempo. (4).

Sin embargo, en éste estudio, se pensó que ésta clasificación es la más congruente con la población que manejaremos, ya que presenta aspectos de la forma de beber de un individuo clasificando al alcoholismo en base al período de ingestión. (1)

Como se verá más adelante, Alcohólicos Anónimos maneja dos tipos de alcohólicos, los que presentan aún capacidad funcional para valerse por sí mismos, teniendo para éstos, terapias ambulatorias e integrados a sus familias, y los que se responsabilice de su terapia, con los que se trabaja en centros de rehabilitación en condiciones de internos, pero con la misma condición de libertad que para cualquier otro enfermo y que posterior al cumplimiento del periodo de rehabilitación son integrados a sus familias (15). Es importante precisar que aunque todos éstos pacientes son diagnosticados como alcohólicos en general, la terapia en A.A. es la misma para el alcohólico habitual que para el dependiente del alcohol.

FRECUENCIA

Al hablar de la frecuencia del alcoholismo, es necesario establecer los factores predisponentes de éste, ya que lo que en un país, se podría calificar como alcoholismo, en otro se nombraría sólo como costumbre. (1)

Esto es interesante ya que la frecuencia del alcoholismo parecería estar influenciada por factores socioculturales. Así, por ejemplo se ha observado que la frecuencia de alcoholismo es muy alta en la población norteamericana - irlandesa, y muy baja entre los norteamericanos - judíos, es decir, de un mismo país, la frecuencia depende más de las costumbres que tiene distintos grupos culturales y raciales. Así mismo existen diferencias significativas entre países como Francia e Italia, ambos países productores y consumidores de vino y también con la costumbre de beber en las comidas, sin embargo, en Francia existió la costumbre de beber fuera de las comidas y en Italia no, lo que marca la diferencia en frecuencia, siendo más elevada en Francia (1)

En México se han realizado pocos estudios epidemiológicos del alcoholismo, y si a esto, sumamos el poco interés del área médica para el reporte de esta patología, es aún más difícil contar con una frecuencia específica (19). Según estudios realizados por Cabildo H.M. (1984) se encontró que los coeficientes eran de 5.5 y 7.0 por mil habitantes de la población general. Bustamante M.E. (1985) habla de una tasa corregida de 8.5 por mil habitantes entre la población de 15 años y más. (1,2,19)

Con respecto a la frecuencia por sexos, en Alcohólicos Anónimos, (17) se describe que el 95% son hombres, y el 5% son mujeres, observándose además, que es más frecuente de los 35 a 39 años de edad, predominando en los sujetos pobres y poco preparados, principalmente artesanos.

CAUSAS

Tanto el alcoholismo, como otras toxicomanias pueden representar la defensa del individuo contra tensiones, problemas y estados de ansiedad, que se manifiestan en forma muy diversa, como sensación de miedo sin motivo o causa determinada, alteraciones en el sueño, sentimientos de culpa e inutilidad, dependencia e inseguridad en sí mismos. También las exigencias de las normas éticas morales y religiosas o, así mismo las actividades profesionales y familiares crean un ambiente de ansiedad alternando con periodos de depresión en el que el individuo piensa que sólo con la bebida puede mejorar eficazmente su estado de ánimo. (1,18)

La iniciación del hábito de beber en el enfermo neurótico ha sido explicada de la siguiente forma :

- El sujeto se angustia por diferentes causas.
- El alcohol es muy eficaz para aliviar este estado
- Cualquier acto que reduce con facilidad la angustia, tiende a convertirse en hábito.
- Se establece un núcleo obsesivo, el individuo sigue bebiendo en mayor cantidad, tiene verdaderos excesos alcohólicos.
- Se forma un círculo de alcoholismo - estrés social - síntomas por abstinencia. (1)

En ocasiones es posible relacionar los excesos alcohólicos con los cambios del talante, esto es, puede atribuirse a un trastorno subyacente del humor. Numerosos estudios han demostrado la fuerte asociación de la psicosis maniaco - depresiva con el abuso del alcohol, iniciándose la ingesta o el hábito de beber alcohol en la fase depresiva y posteriormente el abuso de la ingesta durante la fase maniaca. (4,1)

Esto es importante para este estudio, ya que la existencia de una disfunción familiar también crea en el enfermo neurótico, una angustia que sólo maneja con la ingesta del alcohol, haciendo con esto, que se profundice la alteración familiar predominante, formando un círculo vicioso en el entorno familiar. (6)

Sin embargo a pesar de que lo ya descrito es lo más frecuentemente observado, en numerosos estudios aún no se encuentra alguna causa específica, esto es, ¿por qué de las 70 millones de personas que consumen alcohol en el mundo, solo el 6% de estos bebedores llegan al alcoholismo? .

METABOLISMO DEL ALCOHOL

Una vez ingerido el alcohol se distribuye rápidamente en toda el agua corporal. Del 90 al 98 % que se ingiere, se oxida en el hígado : el primer paso es la oxidación del alcohol en acetaldehído. Esta substancia se metaboliza en el hígado o es llevada a otros tejidos, en donde es convertida, posiblemente por intermedio de la etapa de acetato libre, en acetil coenzima A, de la cual la porción acetato se oxida por completo en bióxido de carbono y agua.

Se sabe que la acetil - coenzima A se utiliza en varias reacciones anabólica, como la síntesis de colesterol, ácidos grasos y otros constituyentes de los tejidos. Además, el metabolismo del alcohol se acompaña de otros cambios metabólicos como : producción exagerada de lactato y ácidos grasos e hiperuricemia.

El alcohol también puede ser metabolizado a acetaldehído por el sistema enzimático que radica en el retículo endoplásmico liso del hígado (sistema microsomal oxidante del alcohol) que interviene en el proceso de detoxificación de otras substancias, como los barbitúricos.

El grado de intoxicación del acetaldehído depende de su concentración en los tejidos. El alcohol que no es oxidado es excretado por los pulmones, riñones y en muy pocas cantidades por el sudor, lágrimas, bilis, jugo gástrico y saliva.

La eliminación del alcohol por la orina y por el aire alveolar es pequeña, por esta razón, los intentos por interrumpir la intoxicación aguda con diuréticos es poco práctico.

DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO

El diagnóstico del alcoholismo enfrenta un problema de semántica importante, ya que, como se mencionó en su clasificación, el alcohólico se caracteriza por su forma de beber, en la cantidad y por el periodo de ingesta, pero no se puede calificar de alcohólico a todas las personas que ingieren bebidas alcohólicas, por lo que consideramos importante el conocer los métodos de diagnóstico existentes y que se describirán en este capítulo.

El diagnóstico de alcoholismo puede ser relativamente fácil, puesto que se observan semejanzas en todos estos enfermos: El alcohólico es un insatisfecho con sí mismo y con el mundo que lo rodea, es incapaz de enfrentarse a las tensiones y a sus problemas con éxito, el beber constituye para él un escape a las demandas de la vida, depende del alcohol para alejarse del estrés. (1,2)

Este diagnóstico es fácil en personas en que el beber es una dicción, o en las que presentan patologías asociadas a la ingesta de alcohol en forma crónica, o en las que existan la presencia de problemas familiares, sociales y legales en donde haya existido el factor de alcohol. Pero cuando el alcohólico presenta un consumo mínimo, es decir, en forma ocasional, y no refiere problemas sociales, ocupacionales o legales, o también cuando la ingesta es moderada, con intoxicaciones más frecuentes

con algunos problemas familiares, etc., el convencer a un enfermo que padece de alcoholismo no es fácil, y sin embargo es indispensable para su tratamiento (1,15).

Como hemos mencionado anteriormente, en estudios realizados, el diagnóstico puede ser clínico, por datos de patologías asociadas al alcoholismo, o también por pruebas de laboratorio con medición de los niveles séricos de alcohol (4).

Así mismo existen cuestionarios con preguntas que solo un alcohólico podría contestar, conociéndose actualmente cuatro de ellos que son: El MAST (1971) que consta de 20 preguntas, el MAST abreviado (1972) que consta de solo 5 preguntas, reportados por Fokorny y Kaplan y el cuestionario de CAGE reportado por Mayfiel (1974). (1)

Estos cuestionarios presentan preguntas respecto a la forma de beber y los problemas que esto ha ocasionado en estos enfermos, sin embargo, como se podrá observar a continuación tienen una gran influencia del cuestionario de Alcohólicos Anónimos usado desde 1935.

El cuestionario de Alcohólicos Anónimos está formado por doce preguntas y que son las que a continuación mencionaremos:

- 1.- ¿A tratado alguna vez de dejar de beber por una semana o más sin haber logrado cumplir el plazo ?
- 2.- ¿Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle que deje de beber ?
- 3.- ¿Ha tratado de controlarse cambiando de una clase de bebida a otra ?
- 4.- ¿Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año?
- 5.- ¿Envidia usted a las personas que pueden beber sin que esto les ocasione dificultades ?
- 6.- ¿Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año ?
- 7.- ¿Ha ocasionado su modo de beber, problemas en su hogar?
- 8.- ¿En reuniones sociales, donde la bebida es controlada, trata usted de conseguir tragos extras ?
- 9.- ¿A pesar de que es evidente que no puede controlarse, ha continuado usted, afirmando que puede dejar de beber por sí solo, cuando quiera hacerlo ?
- 10.- ¿Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida ?
- 11.- ¿Ha tenido alguna vez "lagunas mentales" a causa de la bebida ?
- 12.- ¿Ha pensado alguna vez que podría tener más éxito en la vida si no bebiera ?

Alcohólicos Anónimos considera que si se contesta afirmativamente a cuatro preguntas o más, la persona ya tiene un serio problema de alcoholismo o que lo tendrá en un futuro cercano. (1,17)

Además de detectar al alcoholismo, estos cuestionarios son útiles para que el propio enfermo determine si es o no alcohólico y reconocer con esto, que necesita ayuda (1).

Es importante recordar que el alcoholismo puede iniciarse a cualquier edad y, que no es necesario que la persona haya bebido durante años, ni tampoco que se tomen grandes cantidades de alcohol, lo importante, es el daño que causa el alcohol a la persona que lo ingiere y las repercusiones que tiene para su salud y sus funciones sociales y familiares.

Es importante, entonces, el tener en mente como profesionales de la salud la importancia de un diagnóstico oportuno de el alcoholismo, y de que el enfermo mismo reconosca su enfermedad, para con èsto iniciar un tratamiento adecuado que incluya al enfermo y su relación con la sociedad y su familia.

LA FAMILIA

ASPECTOS GENERALES : El origen de la palabra familia parece provenir del latín "famulus", que significa sirviente o esclavo doméstico. Esto se explicó porque ancestralmente la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un sólo hombre. (13)

DEFINICION

A la familia se le ha definido de varias formas, pero es indudable que ésta, es y seguirá siendo la unidad básica de una sociedad, con la responsabilidad de proporcionar a sus integrantes facultades para su función en la sociedad. (9) La familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

La familia es un elemento activo, nunca permanece estacionada sino que se mantiene dinámica, pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona. Esta dinámica que muestra una familia, son los movimientos necesarios que requiere todo ser vivo para sobrevivir en una sociedad, ya que éstos movimientos están motivados por influencia de la misma sociedad. (10)

CONCEPTO CANADIENSE DE FAMILIA : Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, que viven bajo el mismo techo.

CONCEPTO NORTEAMERICANO DE FAMILIA : Es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o de adopción.

CONCEPTO DE FAMILIA SEGUN HOWELLS : Esta constituida por un grupo heterogéneo de individuos, cuyas edades pueden abarcar dos o tres generaciones, comparten una historia común, tiene ciertas propiedades distintivas, comparten un lenguaje y una casa, cubre necesidades afectivas y económicas de sus miembros, así como la satisfacción sexual de la pareja y la procreación y crianza de los hijos. (13,14)

FUNCIONES ESCENCIALES DE LA FAMILIA (12)

SOCIALIZACION

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudios de familia han colocado a la madre como educador primario de la familia con la responsabilidad de sociabilizar a los hijos, desde la etapa de lactantes, constituyéndose el padre, como un soporte de sus acciones en ésta etapa primaria, posteriormente la responsabilidad de socialización es compartida con los profesores, amigos, etc..

CUIDADO

Esta función la realiza la familia para resolver, de la manera más adecuada, las necesidades primarias de : alimentación, vestido, seguridad física y biológica de todos los miembros.

AFECTO

Esta función es de las más importantes, sobre todo requiere de ser realizada por todos los miembros de una familia. Esto significa que toda la familia debe proporcionar : ánimo, amor, cariño, aceptación y comprensión.

REPRODUCCION

La familia es y seguirá siendo la unidad básica de aporte de nuevos miembros de una sociedad.

ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

La familia es la aportadora de bienes materiales para todos los integrantes de ésta, siendo un enlace con la sociedad en general, busca una ubicación en los niveles socioeconómicos de esta sociedad en base a los bienes materiales familiares y a su facilidad para proporcionar un nivel educativo a sus integrantes.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS (14)

La clasificaci3n familiar se realiza de diferentes formas: por las características de sus miembros, o por el origen de éstos, o también por su estructura familiar, como a continuaci3n describirémos .

MODERNA : Cuando los dos conyugues trabajan y aportan los medios econ3micos necesarios para el gasto familiar.

TRADICIONAL : Cuando sólo el padre, o en la ausencia de éste, el hijo mayor var3n, aporta los medios econ3micos necesarios para el gasto familiar.

URBANA : Son aquellas familias que se encuentran en áreas urbanas, y pertenecen a ésta sociedad.

RURAL : Son aquellas familias que se encuentran en áreas rurales, y pertenecen a ésta sociedad.

INTEGRADA : Es la familia en la cual los dos conyugues viven juntos, y cumplen con sus funciones en la familia.

DESINTEGRADA : Es aquella familia en la cual falta alguno de los conyugues, por muerte, divorcio, separaci3n o abandono.

CAMPESINA, OBRERA, PROFESIONAL, ETC. : Esta clasificaci3n se realiza en base a la ocupaci3n del miembro que aporta los medios econ3micos necesarios para la familia.

NUCLEAR : Son las familias constituidas por padres e hijos, viviendo bajo el mismo techo.

EXTENSA : Es la familia constituida por la pareja, sus hijos y familiares consanguineos viviendo bajo el mismo techo

EXTENSA COMPUESTA : Es la familia constituida por los padres, hijos, familiares consanguineos y otras personas que no comparten lazos de consanguinidad como, compadres, amigos, etc, y que viven bajo un mismo techo.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA (12)

La familia, como todo organismo vivo, por estar compuesta por seres vivos, presenta un desarrollo dinámico establecido por etapas en las que se desarrollan los integrantes de la familia. Los cambios que presentan estas familias en cada etapa permiten observar diferentes fases que se han descrito de la siguiente forma :

FASE DE MATRIMONIO : Se inicia cuando se unen dos personas en matrimonio o no, pero para vivir juntos, y termina con el nacimiento del primer hijo.

FASE DE EXPANSION : Se inicia con el nacimiento de los hijos y termina cuando los hijos entran en la escuela.

FASE DE DISPERSION : Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina con el casamiento de alguno de ellos.

FASE DE INDEPENDENCIA : Se inicia con el matrimonio de uno de los hijos y termina con el casamiento del último de los hijos.

FASE DE RETIRO O MUERTE : Se inicia con el matrimonio del último de los hijos y termina con la muerte de los dos conyuges. (11,12,14)

Es importante anotar en este estudio, que también existen, en el mismo momento de estas fases, cambios en la pareja establecidos por el ciclo vital de la pareja y también influenciada por el desarrollo bio-psicológico de los hijos, y que muchas veces estos cambios son tan radicales, que si la pareja no cuenta con recursos como pareja para mantenerse unida se pueden perder uno del otro, hasta presentar un abandono real, entre ellos que afectará a todos los miembros de la familia. (6)

Como anteriormente hemos descrito, en las familias de los alcohólicos, que son las que utilizaremos para este estudio, existe una mezcla de sentimientos de abandono por todos los integrantes de estas familias, aún viviendo bajo el mismo techo, siendo importante esta anotación para valorar la funcionalidad de estas familia.

DINAMICA FAMILIAR

Existen varias teorías que intentan explicar la dinámica familiar, Jackson refiere que se trata de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que se ponen en juego para afectar el comportamiento de los miembros de una familia para, lograr que ésta funcione bien o mal(12). Este funcionamiento es referido como la realización de las funciones esenciales de una familia, descritas anteriormente.

Otra teoría, más amplia, acerca de la dinámica familiar, es la que describe Ackerman, en la que establece que el éxito o fracaso en la funcionalidad familiar depende de la capacidad de la familia para alcanzar una regulación o equilibrio, en sus movimientos dinámicos.(12)

Minucci con su teoría de Sistemas alcanza un panorama muy amplio. Establece que existen varios subsistemas internos en una familia, que él llamó: El sistema conyugal o paternal, formado por los padres como pareja. El sistema filial, formado por los hijos y sus relaciones con los padres. El sistema fraternal formado por las relaciones entre los hijos como hermanos. Y el sistema parental que es la relación de cada sistema con los demás integrantes de la familia. Así mismo describe las características que presentan cada sistema, hablando de la existencia de límites personales y sistémicos que facilitan o dificultan la manera de actuar de cada sistema para interrelacionarse en una dinámica familiar, para lograr con esto una funcionalidad. (6) Esta teoría de Minucci, está basada en lo que se llama, Reglas Familiares, las cuales se formulan conciente o inconcientemente.(11) Usualmente estas reglas son establecidas para facilitar y suavizar la interacción entre los miembros de una familia. Estas reglas deben ser establecidas en forma lógica desde la fase de matrimonio de la familia, estableciendo las reglas implícitas o explícitas entre los conyugues formuladas por la sociedad o, establecidas por cada conyugue, estas reglas, deben ser ampliadas o modificadas con la presencia de los hijos, ya que establecerán las condiciones en que vivirá la pareja como padres, como conyugues, como familiares, y la manera de actuar de la familia en conjunto con la sociedad en general. Es importante que estas reglas sean negociadas por todos los miembros de la familia para poder expresar su aceptación o rechazo. (6,11,14)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

DEFINICION : Se habla de una familia funcional, cuando ésta cumple con las funciones esenciales de una familia sin que esto implique llamarles "normal" o "anormal", ya que para que la familia desempeñe sus funciones, en ocasiones, es necesario cambios en las actividades o en los roles de cada miembro de la familia buscando ésta funcionalidad. (6,7)

Se entiende como familia funcional a aquella que además, de cumplir con las funciones esenciales, presenta los siguientes factores que algunos autores han llamado Recursos Familiares. (13)

- Las crisis, son consideradas en grupo.
- Cada miembro acepta su rol o papel para enfrentar la crisis, o para desempeñar actividades que faciliten la realización de las funciones familiares.
- Cada miembro conoce los aspectos positivos y negativos de los otros y no los explota en beneficio propio.
- Cada miembro da apoyo y lo pide.
- Hay igualdad de derechos y obligaciones entre los miembros.
- Identifican sus problemas en grupo y en forma clara.
- Todos expresan libremente su inconformidad o incomodidad
- Su comunicación es directa, clara y precisa.
- Se reconocen, aceptan o negocian desacuerdos.
- Negocian todos los acuerdos hasta un equilibrio.

Así mismo también, las familias disfuncionales presentan los siguientes factores o características.

- Utilizan los problemas como arma y no como acercamiento.
- Enfrentan los problemas en forma individual, no en grupo
- La comunicaci*ón es indirecta o enmascar*da existiendo secretos y tabúes.
- No existen límites claros en las zonas de autonomía.
- Utilizan las recriminaciones y la manipulaci*ón como forma de influencia en otros miembros.
- No tienen Reglas Familiares establec*das.
- Existen rigidez de roles, creando insatisfacci*ón o inconformidad que no es expresada libremente. (13)

Estos aspectos o factores son importantes de valorar en una entrevista familiar, ya que la presencia de unos o otros, servir*ñ para pron*sticar la evoluci*ón de la dinàmica y del desarrollo familiar . Asi mismo, son tambien los elementos más importantes de identificar en una terapia familiar, ya que será en estos aspectos en los que se trabajar* para influir en el cambio de actitudes para establecer una buena dinàmica familiar y con ésto hacer a la familia funcional. (6)

VALORACION DE LA DINAMICA FAMILIAR

No existe nada más valioso, que conocer a la familia en conjunto, durante una entrevista familiar para diagnosticar la funcionalidad familiar, ya que al conocer diferentes puntos de vista de la misma familia, expresados por sus propios miembros, se observa un panorama más amplio de la dinámica familiar y con esto, de la funcionalidad familiar, y en muchas ocasiones, estas mismas entrevistas, en las que se expresan libremente los integrantes acerca de la dinámica de la familia, sirven para mejorar algunos aspectos que influyen adversamente en esta familia (6).

Sin embargo, se ha tratado de implementar instrumentos valuatorios de la funcionalidad familiar, fáciles de manejar por cualquier profesional de la medicina para así conocer rápidamente el entorno familiar de todo paciente, pero los instrumentos con los que se cuentan actualmente, presentan aún algunas dificultades como lo describiremos a continuación .

GUIA DE MC MASTER : Este instrumento es una guía que consta de siete apartados en donde se valora lo siguiente :

1) Solución de problemas : se debe investigar al miembro que identifica primero al problema familiar, y la forma en que la familia resuelve este problema.

2) Comunicación : Se investigará la forma en que se comunican los miembros de la familia , conociendo su lenguaje y sus creencias así como tabúes o mitos.

3) Roles : Se investigará acerca de los roles de cada miembro , así como de la aceptación o no de su rol, y de la facilidad o no de un cambio en éstos.

4) Expresión de afectos : Se investigará de la forma de expresión de afectos de cada miembro así como de la satisfacción o no de esta forma de expresión por todos los miembros de la familia, además de la adecuación del momento de la expresión.

5) Involucramiento afectivo : Se observarán las coaliciones y alianzas que existen entre los miembros familiares y la forma de cómo lo observan los otros miembros de la familia .

6) Control de la conducta : Se investigará cual de los miembros es el responsable de proporcionar los castigos o los premios por la conducta de los demás integrantes de la familia y de la aceptación o no de esto, por todos los integrantes de la familia .

7) Funcionamiento general de la familia : se describirá de la forma en que se observó a la familia durante la entrevista familiar y de la opinión del entrevistador respecto a la familia.

Esta guía es, por su amplitud, un instrumento valorativo de la funcionalidad familiar, muy valioso, sin embargo para que ésta funcionalidad sea diagnosticada en forma real, es necesario que asista toda la familia a la entrevista para que así se obtenga una información más amplia de la familia, lo que en ocasiones no es posible. (6)

FAMILIOGRAMA : Este es otro instrumento de valoración de la funcionalidad familiar, y que es la representación esquemática de la estructura familiar, utilizando el formato de Pedigrée o Genoma (árbol genealógico), en el cual se pueden observar algunos aspectos de la distribución familiar en dos o más generaciones. Presenta en su formato la inclusión de datos de cada integrante de la familia que ayudan al diagnóstico familiar, utilizando una simbología. (5,13,14)

Este instrumento es, también valioso para conocer la dinámica y la funcionalidad de una familia , sin embargo cuenta con la dificultad de que la simbología en ocasiones es insuficiente o no es conocida por todos.

Existe también otro instrumento valuatorio de la funcionalidad familiar que intenta establecer un cuestionario de 5 preguntas con valores numerales que incluyen al diagnóstico de la funcionalidad en rangos que son interpretados como funcional, ligeramente disfuncional y altamente disfuncional. Este instrumento es llamado A.P.G.A.R. Familiar, y las preguntas que incluye representan las áreas contenidas en las siglas de su nombre como continuación describiremos. (7,20)

- **ADAPTABILIDAD** : Capacidad para utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis.
- **PARTICIPACION** : Capacidad para compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos.
- **GRADIENTE DE CRECIMIENTO** : Capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital en forma madura permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- **APECTO** : Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia.
- **RESOLUCION** : Capacidad de aplicar los elementos anteriores, compartiendo el tiempo y recursos materiales de cada miembro de la familia.

Estas áreas son abordadas mediante un instrumento que contempla 5 preguntas, que permiten la respuesta de casi siempre, algunas veces y casi nunca, debiéndose aplicar solo a mayores de 15 años. Estas preguntas las describiremos a continuación.

CUESTIONARIO DEL AFGAR FAMILIAR

- 1.- Esta satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando *igo le est* perturbando ?
- 2.- Esta satisfecho (a) del modo en que su familia discute cosas de comùn interes y de cómo comparten los problemas para resolverlos ?
- 3.- Encuentra que su familia acepta el que usted asuma nuevas actividades o haga cãmbios en su est*lo de vida ?
- 4.- Esta satisfecho (a) del modo en que su familia expresa afecto y responde asus sentimientos tales como enojo, pena y amor ?
- 5.- Esta satisfecho (a) con la cãntidad de tiempo que su familia y usted comparten juntos ?

La forma de calificar este instrumento es mediante la asignaciòn de un valor numeral de cero a la respuesta de casi nunca, de uno a la respuesta de algunas veces y de dos a la de casi siempre. Posteriormente se realiza la sumatoria y se obtiene un puntaje total que se interpreta de la siguiente forma:

PUNTAJE

0 a 3
4 a 6
7 a 10

DIAGNOSTICO

Familia severamente disfuncional
Familia con moderada disfunciòn
Familia funcional

Este instrumentos, apesar de que explora los aspectos más importantes de la dinámica familia, presenta la dificultad de que la valoración de la funcionalidad familiar sea de manera subjetiva, ya que el cuestionario se contesta individualmente, aunque algunos autores (6) mencionan que ésta ventaja puede ser superada con la aplicación del cuestionario para su resolución por toda la familia, pero se ha observado que en las familias altamente disfuncionales, en las que no existen acuerdos, este cuestionario tiene poco valor (6) .

Utilizamos éste cuestionario, para éste estudio porque presenta la propiedad de que se puede resolver por una persona y de necesitar poco tiempo para su aplicación. Esto fue importante para la población de éste estudio ya que en su mayoría de trató de personas que acudieron solas o acompañadas por otras personas que no eran sus familiares, sin embargo se pensó en que la entrevista subsecuente de la familia o del mayor número de integrantes de la familia resolvería éste problema además de poder así mismo establecer, un diagnóstico de familia más objetivo .

ALCOHOLICOS ANONIMOS

Creemos importante, el establecer algunos conceptos fundamentales de esta institución, ya que muchas veces escapan del conocimiento de la mayoría de la población en general en la que se incluye el autor, ya que en ocasiones a esta institución solo se le conoce por nombre o por referencias verbales y la mayoría de los casos nunca se ha asistido a una sesión o a los aspectos bibliográficos de esta institución.

En la historia de Alcohólicos Anónimos (18) se sabe que esta institución se inició en los Estados Unidos con la historia de un hombre llamado Bill, el cual fué diagnosticado en el verano de 1934, por el Dr Williams D Silkwt, como un alcohólico incurable, despues de que (asi lo narra Bill) presentó una historia de ingesta de alcohol en forma incontrolable, pasando por periodos de aparente curación, en donde el desarrollo económico de él y de su familia resurgia, hasta que presentó problemas para dejar de beber tambien a causa de la depresión económica existente en Estados Unidos por esos años (17,18). Tambien se relata que a finales de ese mismo año, recibe la visita de un amigo, Ebby, que le relata de la experiencia propia, tambien refiriendo problemas en la manera de beber y la utilización de un reordenamiento moral propio, basado en sus creencias religiosas, estableciendo que esta fuerza divina se conceptualiza en que la forma de ver a dios debería ser propia siendo lo más poderoso que podria ayudarlos a dejar de beber, apoyandose en este concepto para el fortalecimiento de la voluntad, y reconocimiento de la debilidad ante el alcohol y que los preparar* a pra enlistar un inventario de las pers* nas que habian ofendido reparando de ser posible, todos los daños que ocasionaron con su forma de beber, y despues de obtener un despertar esp* ritual, tratarian de transmitir este mensaje a otros alcohólicos para fortalecer aún más su voluntad y ayudar a otros enfermos alcohólicos.

Este mensaje no lo comprendió Bill inmediatamente, necesitó una experiencia más de intoxicación alcohólica que lo llevó a un nuevo internamiento hospitalario, en donde tuvo oportunidad de leer más acerca de religión, comprendió al final que lo que necesitaba, primeramente, era aceptar que era alcohólico y que este convencimiento sólo lo pudo aceptar al hablar con Ebby de alcohólico a alchólico.

Una vez recuperado de esta crisis, junto con su amigo inició la visita de varios alcohólicos que ellos conocían formando así, varios grupos de alcohólicos, los cuales asu vez al llevar el mensaje relatado por Ebby y Bill, se fueron organizando, formando diferentes grupos en diferentes ciudades de Estados Unidos. (17.18) Al organizarse éstos grupos, se vió que era necesario establecer ciertas reglas, y como primer paso, se estableció que las personas de éstos grupos deberían permanecer en el anonimato, explicándo esto por ser incapaz, una persona o un grupo de personas para atender a todos los alcohólicos del mundo, así mismo también se estableció que estas personas no deberían dedicarse a los grupos en forma profesional, para evitar lucro en las labores realizadas por el grupo, aunque, si se podría pedir la ayuda de algún profesionista cómo colaborador en éstos grupos, y así mismo también abrir las puertas para la entrada y salida de información acerca de las experiencias de éstos grupos en forma adecuada (17).

Así se estableció la forma de trabajo de Alcohólicos Anónimos, que también se adapta a las posibilidades o dificultades geograficas de cada población . La terapia es básicamente en la transmisión del mensaje con otros alcohólicos y el conocimiento de la experiencia de otros alcohólicos, de sus problemas en la forma de beber y de la de otros alcohólicos de la forma de que han dejado de beber, estableciendo la abstinencia total e inmediata de ingesta de alcohol, teniendo como lema nunca más una primer copa, para lo cual se ayudan entre ellos, para evitar ésta primer copa con apoyo moral en los momentos de angustia (21).

Estos grupos realizan, además como parte de la terapia grupal, la publicidad de los conocimientos acerca del alcoholismo y de la forma en que trabajan los grupos de A.A., dando pláticas en escuelas, fábricas, centros de salud, etc.

También existen dentro de éstos grupos, ayuda orientadora a familias con familiares alcohólicos en donde con relatos de experiencias se dan consejos para ayudar al familiar alcohólico.

Así mismo, algunos grupos como el de la población estudiada cuentan con locales prestados o donados para la atención de alcohólicos en malas condiciones físicas, que requieren de estar encamados y que son atendidos por médicos o en caso de emergencia en forma empírica por los mismos compañeros alcohólicos.

Creemos que ésta loable institución es una de las más organizadas y que presentan un aceptable promedio de rehabilitación en los pacientes alcohólicos, sin embargo, creemos que aunque ésta institución está formada, por y para alcohólicos es necesaria, la ayuda, no tanto económica pero sí la moral de grupos y personas ajenas al problema de alcoholismo.

JUSTIFICACION

En México, el alcoholismo es una enfermedad grave que afecta aun elevado número de personas, la mayoría en edad productiva, afectando individual y familiarmente el entorno social de éstas personas (1). Siendo por su magnitud un problema de salud pública, justificando los programas implementados para el diagnóstico y tratamiento oportuno de ésta enfermedad, sin embargo se cuenta con pocas medidas de prevención para éste problema, debido tal vez a la misma dificultad para establecer una causa específica de éste problema, observandose por varios estudios que ésta enfermedad, presenta una causa multifactorial, que comprende factores culturales, geográficos, económicos, demográficos, etc. hasta el concepto actual de probabilidad hereditaria por investigación de genes. (1,4)

Apesar de la magnitud del problema y del extenso estudio acerca del alcoholismo, al enfermo se le ha estudiado más exhaustivamente en forma individual por el lado médico, creando la infra y macro estructura, aunque insuficiente, para la atención de éste enfermo. (1,4) Sin embargo, aún no se establece como norma en la terapia multidisciplinaria médica de éstos enfermos, el estudio y la atención familiar. (17)

La Medicina Familiar, que fuè creada para la atención integral del individuo, nos dà los conocimientos suficientes para que la atención de éstos enfermos sea, además del médico, el orientador y en su caso, tratamiento familiar (6).

Sin embargo, el Médico Familiar en ocasiones, por la carga del trabajo, debido al número de población que maneja sólo realiza las acciones encaminadas al aspecto médico de la atención del paciente alcohólico, desperdiciando así sus amplios conocimientos en familia, y que también desperdicia así la enorme ayuda que representa la familia para el tratamiento y rehabilitación de éstos enfermos.

El diagnóstico de alcoholismo puede ser relativamente fácil para un médico, pero es extraordinariamente difícil convencer aun paciente que padece de ésta enfermedad y en alguna ocasiones el hacer paticipes del tratamiento a toda la familia. (1)

Si a todo esto agregamos la posibilidad de disfunción familiar en el entorno del alcoholismo, es prácticamente fácil la predicción de reincidencias del alcoholismo, por lo que es necesario, de manera ponderante, la exploración familiar, como en todo paciente en la consulta de primera vez, para así integrar, dentro de la terapia médica del paciente, la recuperación de la funcionalidad familiar (6).

Si existen instrumentos ya conocidos para valorar la funcionalidad familiar, como son el A.P.G.A.R. Familiar (7,20) y la Guía de Mc Master (6), y el familiograma (5,13,14), es deber de todo Médico Familiar el utilizarlos con destreza para exploración familiar, y con esto asegurar el buen resultado de la terapia de un enfermo.

El presente estudio se realizó para conocer la funcionalidad familiar en un grupo de Alcohólicos Anónimos de un centro de rehabilitación para su problema de beber, valorando su entorno sociocultural y su dinámica familiar, conociendo, así, por frecuencia la existencia o no de disfunción y las posibles causas de la misma. Pensamos que con el conocimiento de estas familias podríamos establecer una terapia médica con mayor índice de éxito, al iniciar una orientación o terapia familiar en familias altamente disfuncionales.

Es importante el establecer la dificultad que representa la población de este estudio en donde se reconoce por estudios realizados con anterioridad, la existencia de enfermedades psicológicas y hasta psiquiátricas en alcohólicos o también los mecanismos de defensa psíquica de negación o de proyección en éstos (1), por lo anterior se citó en consulta subsecuente al mayor número de integrantes familiares para tener un panorama más amplio de la dinámica familiar y con esto realizar un diagnóstico familiar más objetivo.

OBJETIVO GENERAL

Describir la dinámica familiar de un grupo de Alcohólicos Anónimos, estableciendo la existencia o no. de disfunción en la familia, utilizando los formatos de familiograma y el cuestionario de APGAR familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Valorar Dinámica Familiar en un grupo de Alcohólicos Anónimos, que acuden al módulo 9 del Centro de Salud "Portales" de la Secretaria de Salud.
- 2.- Identificar, Estructura Familiar y Funcionalidad Familiar, en un grupo de Alcohólicos Anónimos.
- 3.- Establecer incidencia de disfunción familiar, identificando las alteraciones existentes en los miembros de la familia de un grupo de Alcohólicos.
- 4.- Adquirir destreza en el campo de exploración familiar.

DISEÑO DE TRABAJO

TIPO DE ESTUDIO : Se realizará un estudio de tipo observacional, descriptivo, de carácter prospectivo y de corte transversal, utilizando dos instrumentos para colección de datos como son el Familiograma y el cuestionario de A.P.G.A.R. Familiar en el cual se contemplan dos fases. La primera : realización de historia clínica completa e interrogatorio familiar y la segunda: entrevista familiar de primera vez.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO : Para este estudio se realizaron entrevistas de primera vez a pacientes procedentes del grupo Emperadores, dependientes de Alcohólicos Anónimos, que fueron canalizados por los coordinadores de dicho grupo al Centro de Salud "Portales" para su valoración y control médico, como rutina practicada en todo alcohólico que ingresa al grupo.

Estos pacientes habían sido ya diagnosticados como alcohólicos por haber presentado como positivo el cuestionario implementado por A.A. y que expresaron el deseo de dejar de beber o que fueron canalizados por sus familiares o amigos por sus malas condiciones físicas. Este centro de rehabilitación de A.A. cuenta con un local en donde existen 10 camas que son destinadas para los pacientes en muy malas condiciones, tanto físicas como económicas, además cuentan con una población fluctuante de alcohólicos que se valen por sus propios recursos. Todos estos pacientes cuentan, por un acuerdo con las autoridades de este Centro de Salud Portales, con atención médica gratuita.

METODOLOGIA : A los pacientes que se les asignó el módulo 9, como consultorio de control se les realizó consultas de primera vez con historias clínicas completas y exploración física detallada, realizándose diagnóstico clínico de enfermedades asociadas o no del alcoholismo con apoyo de estudios de laboratorio o de gabinete, y canalizando a los pacientes graves a otros niveles de atención para su tratamiento.

A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó además de lo anterior un interrogatorio familiar, basado en la realización del familiograma y valoración de funcionalidad familiar por medio del cuestionario de AFGAR familiar, solicitando la presencia de otros integrantes de la familia en otra consulta para complementación del familiograma y recabación subjetiva de la misma funcionalidad familiar.

La consulta médica y la entrevista familiar, fue realizada por el residente del tercer año de Medicina Familiar asesorado por el médico de base responsable del módulo 9, se enviaron a las familias altamente disfuncionales al servicio de terapia familiar para su manejo. Las consultas y entrevistas se realizaron en el lapso de tiempo comprendido del 10 de septiembre de 1991 al 31 de julio de 1992, los resultados de los cuestionarios y los datos del familiograma se vaciaron en una hoja de recolección que se llamó hoja recolectora de datos .

INSTRUMENTO DE ESTUDIO : Se utilizó formas de historia clínica, existentes en la Secretaría de Salud. Se construyó un modelo de familiograma y un formato tipo cuestionario con preguntas valorables para AFGAR familiar. Anexo I y II.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes diagnosticados como alcohólicos por el cuestionario de Alcohólicos Anónimos, que se encuentren en el grupo Emperadores de Alcohólicos Anónimos.
- 2.- Pacientes alcohólicos que hallan sido canalizados al Centro de Salud "portales" para su valoración y control, y que se les asignó el módulo 9 en su consulta de primera vez.
- 3.- Pacientes alcohólicos con cultura básica para comprender los cuestionarios y el enfoque del estudio.
- 4.- Pacientes alcohólicos, que no presenten enfermedad grave que requiera atención médica de otro nivel, que no sea el de primer nivel.
- 5.- Pacientes alcohólicos con familias localizables y dispuestas a una entrevista familiar de primera vez.
- 6.- Pacientes alcohólicos que permitan libremente, el ser incluidos en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes sin diagnóstico de alcoholismo.
- 2.- Pacientes alcohólicos que pertenezcan a otros grupos de Alcohólicos Anónimos que no sea el grupo Emperadores.
- 3.- Pacientes alcohólicos que acudan a control médico en cualquier otro módulo, que no sea el número 9, del Centro de Salud "Portales".
- 4.- Pacientes alcohólicos con enfermedad grave que requiera de atención médica de otro nivel.
- 5.- Pacientes alcohólicos que abandonaron o que hallan sido abandonados por sus familias o que no refieran familiar alguno.
- 6.- Pacientes alcohólicos sin cultura básica o con incapacidad para comprender los cuestionarios.
- 7.- Pacientes alcohólicos que rechazan su inclusión en el estudio.

RESULTADOS

Se realizaron 70 entrevistas a alcohólicos que reunieron los criterios de inclusión, de los cuales, 4 familias no asistieron a la consulta familiar de primera vez y los datos no se obtuvieron en forma completa, por lo que se excluyeron del estudio, representando con esto, una población universal de 66 familias estudiadas.

De los 70 pacientes estudiados, se observó que predominó el sexo masculino con el 87.8% sobre el 12.1% del sexo femenino como se observa en la tabla 1.

El grupo etario predominante, en este grupo fue el de 31 a 40 años de edad con el 57.5% seguido por el de 21 a 30 años con el 15.1%, siendo el menor el de 15 a 20 años como se observa en la tabla 2.

De las ocupaciones observadas en estos pacientes, se vió que, en el grupo de las mujeres, el predominio fue de las amas de casa con el 75% , y en el grupo de los hombres, los obreros predominaron con el 39.3%, aunque se observaron profesionistas (3) pero con un porcentaje muy bajo (4.5%) como se observa en la tabla 3 .

En el apartado de Lugar de Origen, se observó que el 84.8% eran provenientes del interior de la república, siendo el estado de Oaxaca el de mas predominio con el 16.6% , y el estado de Yucatán el de menor incidencia con el 1.5% como se observa en la tabla 4 .

De la escolaridad de este grupo, se observó que predominaron las personas con primaria incompleta siendo éstas 29 correspondiendo a un 43.9% como se observa en la grafica 1 .

El estado civil más observado en este grupo, fue la unión libre, con el 39.3% de los casos, ésta se refirió de más de años en la mayoría de los casos, su diferencia con los casos fue mínima, ya que éstos representaron el 36.3% de los casos, como se observa en la grafica 2 .

En el renglón de Religión, se observó que la mayoría eran católicos con el 86.3% de los casos, sin embargo el 6% refirió no tener ninguna religión. Grafica 3

De la pregunta de Antecedentes alcohólicos, 58 pacientes (87.8%) refirieron presentar por lo menos, a un familiar alcohólico, (tabla 5), y de éstos el parentesco más frecuente fue el padre con el 65.5% de los casos como se observa en la grafica 4.

En la descripción de la Dinámica Familiar observamos los siguientes conceptos :

De las familias que se estudiarón (66), el 42.2% (28) estaban en la fase del ciclo vital de Independencia, el 27.2% en la de dispersión, el 22.7% en la de expansión, y solo el 7.5% en la fase de retiro y muerte . En el grupo de solteros, divorciados y separados, la clasificación de las familias se realizó en las familias de origen o en la última que presentó como pareja .Como se observa en la grafica 5

De la calificación del A.F.G.A.R. Familiar, que se tomó como valoración de la funcionalidad familiar, además del familiograma, el rango con más predominio fue el de 4 a 7, calificadas como familias ligeramente disfuncionales, siendo en número 38 (57.5%). A 18 familias, (27.2%) se les ubicó en el rango de calificación de más de 7, diagnosticadas como funcionales, siendo las familias altamente disfuncionales (10) las más bajas en promedio (15.1%). Grafica 6

La distribución del tipo de Familia fué, de 39 (59%) en el tipo Tradicional y de 27 (40.9%) en el tipo de moderna como se observa en la grafica 7.

De las entrevistas con otros miembros de la familia, se observó a la presencia de límites difusos y a la adecuada expresión de sentimientos como causa de la disfunción.

Se observó, que en la mayoría de las familias presentarón poco interés a la consulta familiar con intervención orientadora del Médico Familiar. Se enviaron a 18 familias al servicio de Terapia Familiar, pero sólo asistieron 4, las cuales aún continúan en tratamiento.

TABLA 1

Distribución por sexo del grupo de Alcohólicos estudiados.

| HOMBRES | | MUJERES | |
|---------|------|---------|------|
| No | % | No | % |
| 58 | 87.8 | 8 | 12.1 |

TABLA 2

Distribución por grupo etario de los alcohólicos estudiados.

| EDAD EN AÑOS | No | % |
|--------------|----|------|
| 15 - 20 | 5 | 7.5 |
| 21 - 30 | 10 | 15.1 |
| 31 - 40 | 38 | 57.5 |
| 41 - 50 | 7 | 10.6 |
| 51 y más | 6 | 9.0 |

FUENTE : Familiogramas.

TABLA .3

Distribución de la ocupación de los alcohólicos estudiados, en el momento de la entrevista.

| OCUPACION | No | % |
|-------------------|----|------|
| MUJERES : | | |
| Labores del hogar | 6 | 75.0 |
| Comerciante | 1 | 12.5 |
| Obrera | 1 | 12.5 |
| HOMBRES : | | |
| Obrero | 26 | 39.3 |
| Albañil | 8 | 12.1 |
| Chofer | 9 | 13.6 |
| Comerciante | 7 | 10.6 |
| Estudiante | 5 | 7.5 |
| Desocupado | 5 | 7.5 |
| Profesionista | 3 | 4.5 |

FUENTE : Familiogramas.

TABLA 4

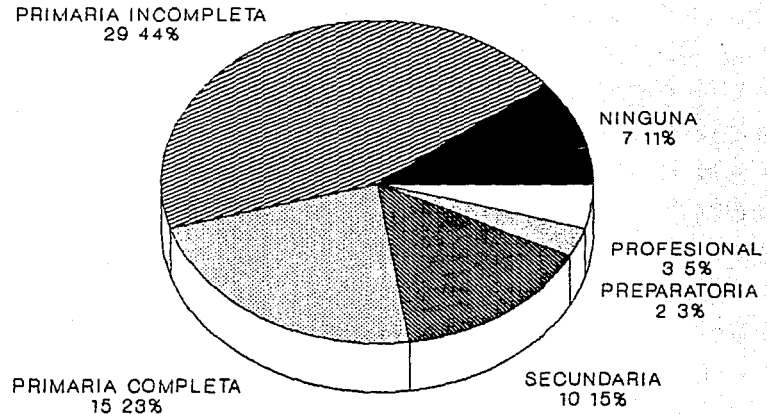
Distribución de los lugares de origen de los
alcohólicos estudiados.

| LUGAR DE ORIGEN | No | % |
|-----------------|----|------|
| MEXICO D.F. | 10 | 15.1 |
| OAXACA | 11 | 16.6 |
| GUERRERO | 8 | 12.1 |
| GUANAJUATO | 6 | 9.0 |
| TLAXCALA | 5 | 7.5 |
| MORELOS | 5 | 7.5 |
| PUEBLA | 5 | 7.5 |
| VERACRUZ | 3 | 4.5 |
| HIDALGO | 3 | 4.5 |
| MICHOACAN | 2 | 3.0 |
| SANLUIS POTOSI | 2 | 3.0 |
| JALISCO | 2 | 3.0 |
| CAMPECHE | 2 | 3.0 |
| NUEVO LEON | 1 | 1.5 |
| YUCATAN | 1 | 1.5 |

FUENTE : Ficha de identificación, Historia clínica.

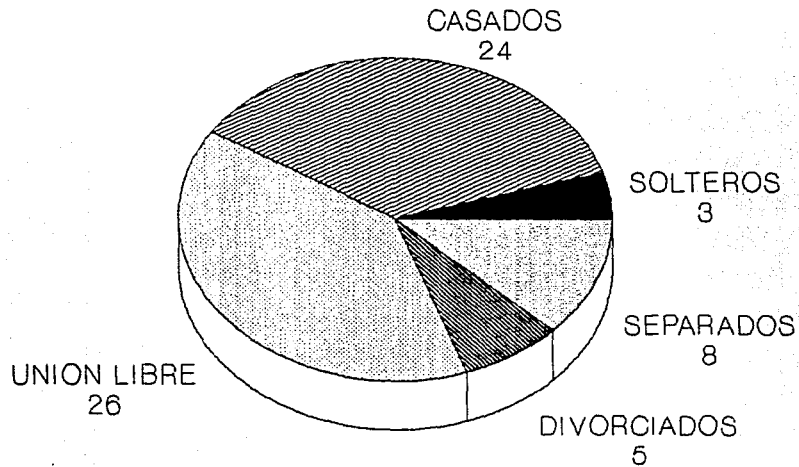
GRAFICA 1

Distribución de la escolaridad de los alcohólicos estudiados.



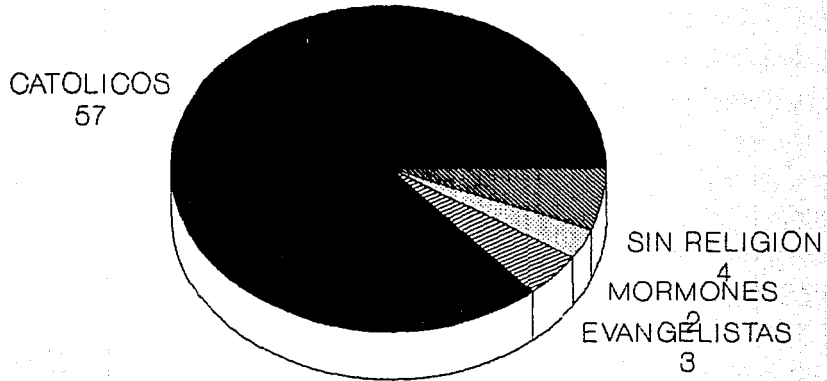
GRAFICA 2

Distribucion del estado civil de los alcoholicos estudiados



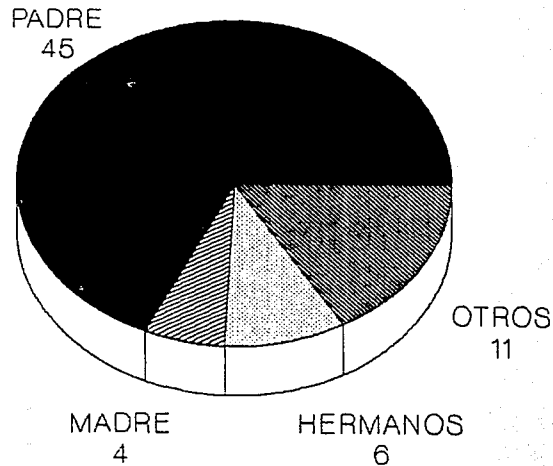
GRAFICA 3

Distribucion de la religion en los alcoholicos estudiados



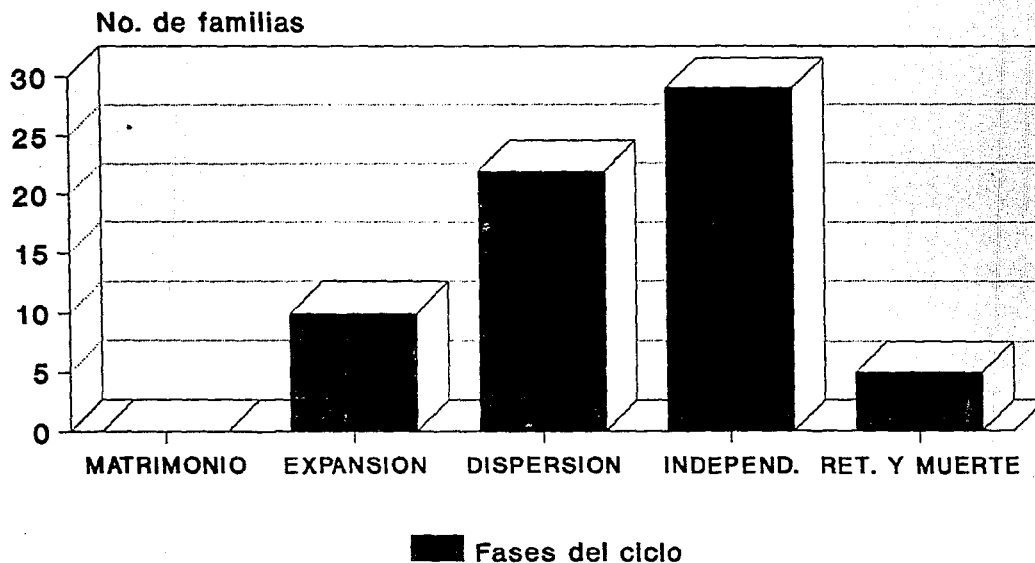
GRAFICA 4

Distribucion del parentesco del familiar alcoholico.



GRAFICA 5

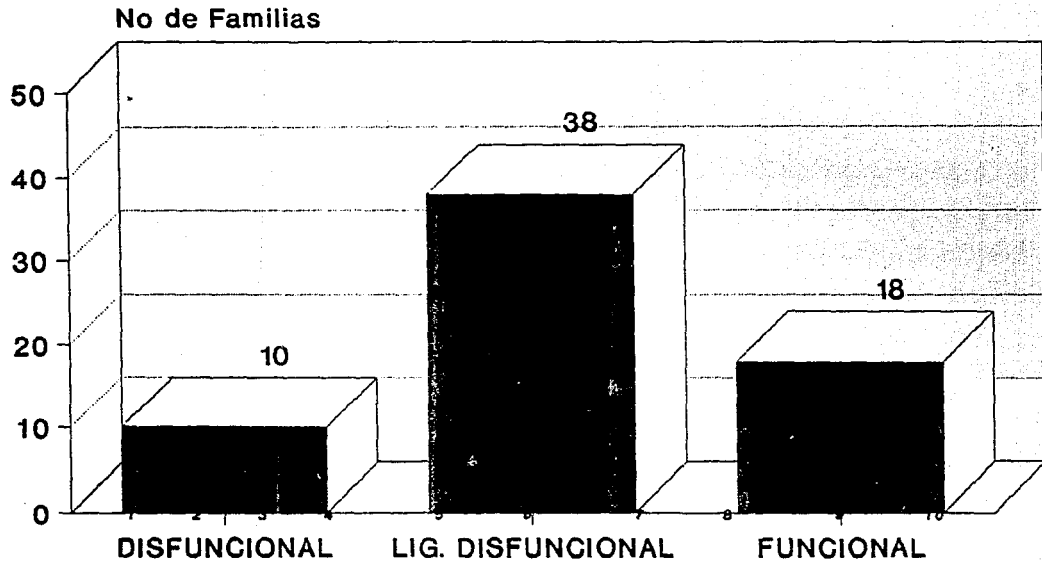
Distribucion de las etapas del ciclo vital de las familias estudiadas



Fuente: Famillograma

GRAFICA 6

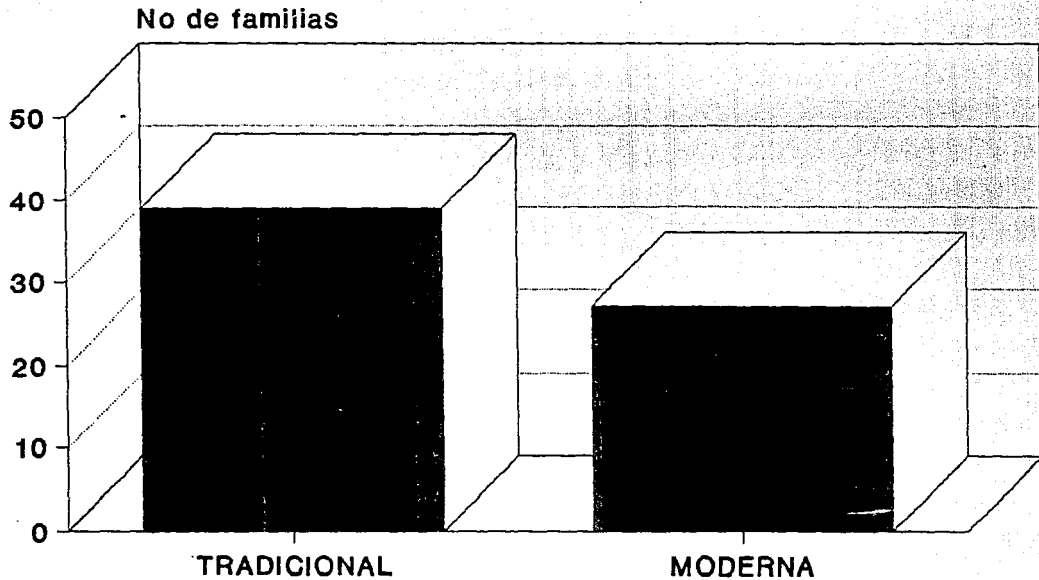
Representacion grafica del APGAR familiar de las familias estudiadas



FUENTE: Cuestionario APGAR familiar.

GRAFICA 7

Representacion grafica del tipo de familia.



FUENTE : Familligramas

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Basados en los resultados de este estudio, se obtuvieron los siguientes resultados :

Cómo se ha descrito en la literatura (1,2,4), el alcoholismo es más frecuente en los hombres que en las mujeres, aunque habría que señalar que, este grupo de A.A. trabaja con más hombres que mujeres, aunque, aceptan igualmente a mujeres.

La edad que predominó en estos pacientes, fue la comprendida en el grupo etario de 21 a 40 años, como se ha descrito en la literatura (1,2) pero, es de importancia la mención de la existencia en esta misma zona geográfica, de otro grupo de rehabilitación dependiente de Drogadictos Anónimos, que maneja adolescentes y que también aceptan adolescentes alcohólicos, por lo que el grupo etario de menores de 20 años no sea probablemente el menor.

Las ocupaciones que más se observaron fueron el de ama de casa para el grupo de mujeres, esto referido por las pacientes, pero en la entrevista familiar se comprobó que estas mujeres desempeñaban labores de ayuda a sus esposos comerciantes o se empleaban como empleadas domésticas en forma ocasional. En el grupo de los hombres, la ocupación más frecuente fue la de obrero y albañil, como está descrito en la literatura (1); sin embargo es de notar, que la población que acude a un Centro de Salud es de escasos recursos.

Referente al lugar de origen, predominó la presencia de pacientes provenientes del interior de la república, lo que nos haría pensar en que las condiciones en que estos pacientes llegaron a la Ciudad de México eran propicias para un constante estado de angustia, que podría representar un factor desencadenante del alcoholismo, aunque también, habría que descartar que este factor hubiera existido desde su lugar de origen.

La escolaridad, cómo se describe en la literatura (1,2) se confirmó que se trata en su mayoría de personas con poca escolaridad, aunque se observó que existe un alto índice de personas con escolaridad media superior y superior. También se pudo observar que las personas con menor escolaridad presentaban una dinámica familiar con límites rígidos, y en algunos de ellos se dificultó la entrevista familiar.

También en las familias de estos pacientes con poca escolaridad, se observó el mayor número de antecedentes familiares de alcoholismo, lo que llevaría a pensar que si no es un factor importante, en la incidencia del alcoholismo, si podría facilitar la ingesta de alcohol por otros miembros familiares, ya sea por imitación o por costumbre familiar.

Referente a la religión observada en estos pacientes, se encontró la existencia de creencia religiosa en la mayoría de ellos, siendo esto de importancia por la forma de terapia implementada por el grupo de A.A. ya que su mensaje es en base a las creencias religiosas del alcoholico, sin embargo por experiencias del mismo grupo (17), se ha tenido éxito en el tratamiento de alcohólicos sin creencias religiosas.

De la descripción de la Dinámica Familiar se puede establecer lo siguiente: La etapa del ciclo vital más frecuentemente observada fue la de la independencia : En esta fase la presencia de hijos adolescentes y de matrimonios de éstos a edades muy jóvenes (15 -17 años), representaba para la familia una crisis importante, ya que éstos jóvenes en ocasiones vivían bajo el mismo techo de sus familias de origen provocando conflictos de límites entre los sistemas, o bien económicos. Si a todo esto agregamos la existencia de un enfermo alcohólico crónico es de explicarse, porque el diagnóstico de disfuncionalidad familiar en estas familias fue frecuente.

En la utilización del Cuestionario de A.P.G.A.R. Familiar llegamos a la conclusión siguiente : Es un instrumento fácil de utilizar, no requiere mayor tiempo del disponible en una consulta y es confiable, esto último por que con él se confirmó el diagnóstico de disfuncionalidad familiar que se observó durante la entrevista familiar, aunque también nos parece que es muy limitado y que no podría reemplazar a la entrevista familiar.

Sería importante que en estudios posteriores se estableciera un seguimiento de familias de alcohólicos, para valorar si la funcionalidad familiar se podría establecer posterior al tratamiento del alcoholismo, así como el valor que representa la función orientadora familiar o de enlace con un tercer nivel, del Médico Familiar.

CONCLUSIONES

- 1.- En general, los pacientes alcohólicos, son personas con edad de entre 20 y 40 años.
- 2.- Las ocupaciones más frecuentemente observadas fueron la de ama de casa para las mujeres y de obrero para los hombres.
- 3.- El alcoholismo se observó con más frecuencia en personas provenientes del interior de la república.
- 4.- De los lugares de origen, el estado de Oaxaca fue el más frecuentemente observado en éstos pacientes.
- 5.- La escolaridad de éstos alcohólicos fué menor a la mínima en su mayoría.
- 6.- La Unión libre, fué el estado civil más frecuentemente observado en éstos pacientes.
- 7.- En ésta población estudiada, fué frecuente la existencia de creencias religiosas.
- 8.- Se observó antecedentes familiares de alcoholismo en la mayoría de éstos pacientes.
- 9.- La etapa del ciclo vital de éstas familias fué la de la independencia en su mayoría, seguida por la de la fase de expansión.
- 10.- La funcionalidad familiar de éstas familias fué en su mayoría calificada como ligeramente disfuncional, en base a la calificación obtenida en el cuestionario de A.P.G.A.R. familiar.

- 11.- El tipo de familia más observada fue la del tipo Tradicional.
- 12.- Existían límites difusos, roles rígidos, y falta de expresión de afectos, en la mayoría de estas familias, observado en la entrevista familiar.
- 13.- El cuestionario de A.P.G.A.R. familiar no podría reemplazar a la entrevista familiar para el diagnóstico de funcionalidad familiar, sin embargo si nos brinda un panorama general.
- 14.- Para conocer a una familia es necesario la presencia de la mayoría de los integrantes de ésta.

ANEXO I

CUESTIONARIO

A.P.G.A.R. FAMILIAR

| | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA |
|---|-----------------|------------------|---------------|
| 1.- Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le está perturbando ? | ----- | ----- | ----- |
| 2.- Está satisfecho(a) del modo en que su familia discute asuntos de común interés y de cómo comparten los problemas para resolverlos ? | ----- | ----- | ----- |
| 3.- Encuentra que su familia acepta el que usted, asuma nuevas actividades o haga cambios en su estilo de vida ? | ----- | ----- | ----- |
| 4.- Esta satisfecho(a) del modo en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos tales como enojo, pena y amor? | ----- | ----- | ----- |
| 5.- Esta satisfecho(a) con la cantidad de tiempo que su familia y usted, comparten juntos ? | ----- | ----- | ----- |

PUNTAJE TOTAL -----







INTERPRETACION DE FUNCIONALIDAD -----







ANEXO II

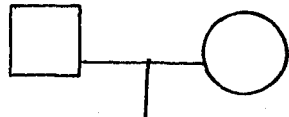
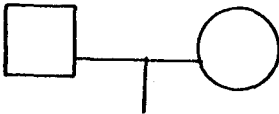
CUESTIONARIO

ESTRUCTURA FAMILIAR - FAMILIOGRAMA

SIMBOLOGIA :

| | |
|-----------------------|---|
| HOMBRE ----- |  |
| MUJER ----- |  |
| PACIENTE PROBLEMA --- |  |
| EMBARAZO ----- |  |
| CASADO ----- |  |
| SOLTERO ----- |  |

| | |
|---------------------------|--|
| MATRIMONIO ----- |  |
| UNION LIBRE ----- |  |
| DIVORCIO O SEPARACION --- |  |
| APORTE ECONOMICO ----- |  |
| ABORTO ----- |  |
| MUERTE ----- |  |



DIAGNOSTICO DE FAMILIA :
 TIPO DE FAMILIA :
 ETAPA DEL CICLO VITAL :
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR :

B I B L I O G R A F I A

- 1.- CASO M.A. Piquiatria, fundamentos de- Edit. Limusa 3a edic. México 1988 .
- 2.- HARRISON Medicina Interna, principios de- Edit Mc Graw 10a. edic. México 1989.
- 3.- GOTH Farmacología Médica Edit. Mosby;9a edic. Mèx. 1989.
- 4.- MARC A. DIAGNOSTICO DE ALCOHOLISMO Clinicas de Norteamerica, Vol 5 1988 Edit Interamericana, Mèxico;.
- 5.- E.N.E.P. ZARAGOZA Manual para el uso y llenado del expediente clinico orientado por problemas. U.N.A.M. 1990.
6. OSEGUERA M. CURSO DE TERAPIA FAMILIAR apuntes escritos, no publicados México 1992.
- 7.- GRABRINT S. THE FAMILY AFGAR; A PROPOSAL FOR FAMILY FUNCION TEST AND ITS USE BY PHYSICIANS. Journal Family Practic. Vol 8 No 6 1978.
- 8.- ACKERMAN N. CHAPTER 14 FAMILY IN S. ARIETIS. American Handbook of psch. Vol 3 Inc P. London 1986
- 9.- ENGEL F. EL ORIGEN DE LA FAMILIA. LA PROPIEDAD PRIVADA Y EL ESTADO. Edic. Cultura Popular México 1978.
- 10- JACKSON D.D. REGLAS FAMILIARES The marital quid por Arch - Gen Raychiat 12;589 1985.
- 11- JACKSON D.D. EL ESTUDIO DE LA FAMILIA Family. Proces. R. No 4 Vol 3 1985.
- 12- IRIGOYEN J.A. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR. Edit Mendez. 2a edic. México 1985.

- 13- IRIGOYEN J.A. CLASIFICACION DE FAMILIAS, PRIORIDAD A INVESTIGAR EN MEDICINA FAMILIAR. Rev. Med. IMSS Vol 29 No 5-4 México 1991.
- 14- ALCOHOLICS ANONYMOUS INC. ¿ ES A.A. PARA USTED ? Folleto para público en general. México, 1980.
- 15- SELZER M.L. THE MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST. Amer. J. Psychiat. 127 1971.
- 16- ALCOHOLICS ANONYMOUS INC. EL LIBRO GRANDE. Central Mexicana. 3a edic. 1990.
- 17- ALCOHOLICS ANONYMOUS INC. BREVE HISTORIA DE A.A. World Service, 5a edic. marzo 1991.
- 18- BUSTAMANTE M.E. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS, SIMPOSIO: EL ALCOHOLISMO Y SUS CONSECUENCIAS SOCIOMEDICAS. Gaceta Médica de México 107, 3 1984.
- 19- DELVECCHIO G.M. THE FAMILY AFGAR INDEX : A STUDY O CONSTRUCT VALITY. The Journal of Family practice 8 ; 3 1979.
- 20- MC NABB J. FAMILY INVOLVEMENT AND AUTCOME IN TREATMENT OF ALCOHOLISM. Psychol Rep 1989 65; 2-3.
- 21- EVE S1 A PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH TO TREATMENT OF POPULATION AT HIGH RISK FOR ALCOHOLISM. Med. Law 1989 8;4.
- 22- MARION T.R. THE ELDERLY ALCOHOLIC: IDENTIFICATION OF FACTORS THAT INFLUENCE THE GIVING AND RECEIVING OF HELP. Prost. Pscsh Care 25 ; 3-4 1990.